

FMCH



Nachhaltige Qualität in der Medizin

*Erster Qualitätsbericht FMCH
2018*

Kurzversion

Inhaltsverzeichnis

1	Qualität in der Medizin	3
1.1	Qualität in der Medizin	3
1.1.1	Qualität in der Medizin – Definitionen und Systematik	3
1.1.2	Qualitäts-Charta der FMH	6
1.1.3	Was kostet Qualität? Politische und ökonomische Aspekte in der Medizin	8
1.1.4	Der Schweizer Eid	10
2	Qualität durch ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung	12
2.1	Ärztliche Aus-, Weiter, und Fortbildung	12
2.2	Zulassung von Leistungserbringern – ein Qualitätsthema?	15
3	Ausgewählte Qualitäts-Instrumente in der Medizin	17
3.1	Patientensicherheit, pre-flight-check, wrong-side surgery	17
3.2	Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC	19
3.3	Le registre SIRIS	20
3.4	Nationales Register für Herzchirurgie	22
3.5	Management von degenerativen Meniskusrissen. Ein Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics	24
4	FMCH-Qualitäts-Kataster	26
5	Autorenverzeichnis	28
6	Anhang	30

Vorwort

Das Schweizer Gesundheitswesen ist zwar teuer aber von hoher Qualität. Trotzdem fordern Politik und Medien in jüngster Zeit immer häufiger und immer lauter mehr Qualität in der Medizin. Auf Bundesebene sollte ein Qualitätsinstitut – eine eigentliche Kontroll-Behörde – errichtet werden, was jedoch im Parlament keine Mehrheit fand. Ein wichtiger Pfeiler der Qualität ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft. Wer in der Schweiz Medizin studiert hat, kennt die Anforderungen an diese Berufsausbildung. Sie ist im internationalen Vergleich sehr gut. Patientinnen und Patienten erfahren dies Tag für Tag.

Die kontinuierliche Fortbildung ist seit Jahrzehnten fester Bestandteil der im Berufsleben stehenden Ärztinnen und Ärzte – lange bevor gesetzliche Vorschriften erlassen wurden. Seit ihrer Gründung 1933 führt die Gesellschaft für Chirurgie Kongresse und Fortbildungen durch, die Gesellschaft für Orthopädie seit 1942, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Ein Blick in die Veranstaltungsprogramme der medizinischen Fachgesellschaften zeigt: Die Qualität und die Verbesserung der Behandlungsergebnisse stehen und stehen im Zentrum der Kongresse, Kurse und Fortbildungstage. In den letzten Jahren haben verschiedene Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren Qualitätsinstrumente eingeführt, welche den Fortschritt in der Medizin laufend berücksichtigen.

Die FMCH – die Dachorganisation der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften – will den Politikern, den Medien und der Öffentlichkeit die Qualitäts-Anstrengungen näherbringen. Das Ressort Qualität unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michele Genoni stellt Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, den ersten Qualitätsbericht vor. Er soll zukünftig jährlich erscheinen.

Der erste Teil gibt allgemeine Hinweise zur Qualität in der Medizin und zu den finanziellen Konsequenzen. Im zweiten Abschnitt wird die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung beschrieben. Im dritten Teil wird eine Auswahl von Qualitäts-Instrumenten vorgestellt. Im vierten Abschnitt findet der Leser einen Qualitäts-Kataster mit Hinweisen auf sämtliche Qualitäts-Tools der FMCH.

Dr. med. Josef E. Brandenburg, Präsident der FMCH

“
Auf Bundesebene
sollte ein Qualitätsinstitut
– eine eigentliche Kontroll-Behörde – errichtet werden,
was jedoch im Parlament keine Mehrheit fand.
”

“
Die kontinuierliche Fortbildung ist seit Jahrzehnten
fester Bestandteil der im Berufsleben stehenden
Ärztinnen und Ärzte – lange bevor gesetzliche
Vorschriften erlassen wurden.
”

“
Der erste Qualitätsbericht. Er soll zukünftig
jährlich erscheinen.
”

1 Qualität in der Medizin

1.1 Qualität in der Medizin

1.1.1 Qualität in der Medizin – Definitionen und Systematik

*Michele Genoni*¹

Qualität – im Sinne einer systematischen Planung, Überwachung und Verbesserung – hat im medizinischen Umfeld grosse Aufmerksamkeit erhalten. Die Qualität der medizinischen und im Besonderen der ärztlichen Leistungen ist in aller Munde. Die öffentlichen und Fach-Medien berichten über Anstrengungen, Erfolge und Misserfolge.

Das Ressort Qualitätssicherung der FMCH unterstützt die angeschlossenen Fachgesellschaften beim Aufbau von Qualitätssystemen und fördert und koordiniert bestehende Qualitätssicherungsprogramme.

Qualität ist ...

Qualität ist die Erfüllung von Anforderungen. Qualitätssicherung ist die Summe aller Massnahmen, um eine konstante Produktqualität sicherzustellen. Das Qualitätsmanagement befasst sich mit der Organisation, Planung, Durchführung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten und hat die organisationsweite Qualitätsverbesserung zum Ziel. Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) ist ein Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität. Es fasst Methoden und Instrumente zur Erfüllung von Anforderungen in einem definierten System zusammen. Wie aber kommt die Qualität zustande? Was ist der Schlüssel zu einer nachhaltigen Verbesserung der Qualität von Leistungen?

Umfragen

Der FMCH hat zusammen mit der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) seine Mitglieder in den letzten Jahren zu ihren Aktivitäten, Wünschen und Vorschlägen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung befragt. Dabei fällt auf, dass sich ein uneinheitliches Bild zeigt. Zu den laufenden und geplanten Qualitätsprojekten befragt,

¹GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

1 Qualität in der Medizin

reichen die Antworten von Checklisten im klinischen Alltag, Werkzeuge zur Qualitätssicherung und monitorierten Registern bis zum Programm zur Qualitätssicherung und zu Qualitätsmanagementsystemen.

Erwartungen an die FMCH

Folgerichtig sind die Erwartungen der Mitgliedsgesellschaften an die FMCH in der Umfrage ausgefallen:

- Informationen zum Thema Qualität;
- Antworten zu Fragen zur Qualitätssicherung;
- Unterstützung bei Qualitätsprojekten;
- Beratung zum Aufbau und Betrieb eines Registers.

Allgemein wird erwartet, dass die FMCH die Initiative bei der Vernetzung der Fachgesellschaften fördert, fachübergreifende Themen aufgreift und die einzelnen Fachgesellschaften bewusst einbezieht. Als mögliche gemeinsame Projekte wurden genannt:

- Förderung der Qualitätssicherung;
- Interdisziplinäre Behandlungsstandards zur Qualitätsverbesserung;
- Entwicklung von Checklisten;
- Entwicklung der elektronischen Krankengeschichte;
- Erfassung von Komplikationen und Verbesserungsmaßnahmen;
- Harmonisierung klinischer Outcome-Register.

Systematische Qualitätssicherung

Aus der Erkenntnis heraus, dass die Qualität der Leistung in der Medizin unbestrittenmassen höchste Priorität hat, wirkungsvolle Qualitätsmanagementsysteme seit vielen Jahren in den verschiedensten Einsatzgebieten erfolgreich aufgebaut und betrieben werden und nur die kontinuierliche Verbesserung eine Organisation weiterbringt, empfehlen wir allen Fachgesellschaften, ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln und in Betrieb zu nehmen. Mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems werden drei Ziele verfolgt:



1 Qualität in der Medizin

Das Arbeiten nach einheitlichen Vorgaben ist die Voraussetzung für die Einhaltung von Qualitätsstandards in einer Organisation mit verschiedenen Personen, die dieselbe Arbeit leisten oder zusammenarbeiten. Das Qualitätsmanagementsystem wird die Leistungserbringung der Organisation in Prozessen, Arbeitsanweisungen und Checklisten beschreiben. Alle Beteiligten arbeiten gemäss diesen Prozessen und dokumentieren ihre Arbeit in der vorgegebenen Art und Weise. Die Leistungen bzw. Resultate der Prozesse und der Funktionen bzw. Stellen werden anhand von Qualitätskennzahlen gemessen, analysiert und bewertet. Die kontinuierliche Verbesserung aller Aspekte der Organisation und deren Betrieb (Stellen, Funktionen und Elemente des Qualitätsmanagementsystems) werden institutionalisiert. Regelmässig werden die Bewertungen der Leistungen mit den Qualitätsstandards verglichen und Verbesserungspotenziale bestimmt. Daraus werden Aufgaben und Projekte generiert, die Massnahmen zur Verbesserung entwickeln und umsetzen.

Und wo bleibt die gute Arbeit? Wie wir sehen, kann man Qualität planen. Man kann sie organisieren, überwachen, dokumentieren, entwickeln – und man kann sie zertifizieren. Aber ganz unter uns gesagt: Qualität kommt von guter Arbeit! Die vier Zutaten für das Erfolgsrezept „gute Arbeit“ sind:

- eine solide Ausbildung und genügend Erfahrung für meine Funktion;
- Begeisterung und Engagement für meine Arbeit;
- Aufmerksamkeit und genügend Zeit für jede Tätigkeit und Kontrolle und Korrektur der Arbeitsresultate von mir und meinem Team.

In einer langfristig erfolgreichen Organisation ist die hohe Arbeitsqualität für alle verbindlich, die in der Organisation beschäftigt sind oder mit der Organisation zusammenarbeiten. Jeder ist für die Qualität seiner Arbeit selbst verantwortlich. Alle Mitarbeitenden mit Führungsverantwortung sind sich ausserdem ihrer Vorbildfunktion bewusst und unterstützen den Qualitätsgedanken. Jede Chance zur Verbesserung wird aufgenommen, und alle Beteiligten setzen sich hartnäckig für eine sinnvolle Lösung ein.

... eine Frage der Haltung

Wir Ärzte müssen die Qualität, deren Erhaltung und Verbesserung persönlich in die Hand nehmen. Qualität ist eine Frage der persönlichen Haltung und Integrität – Voraussetzungen, die jeder Arzt in seinem Berufsalltag mitbringt (mitbringen muss). Die FMCH als Dachorganisation unterstützt schweizweite Projekte zur Qualitätssicherung:

- Sichere Chirurgie: Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie dank konsequenter, korrekter Anwendung der chirurgischen Checkliste und Sicherstellung der notwendigen Begleitmassnahmen;
- Mortality-Morbidity-Konferenz zur Förderung der Patientensicherheit: Eine gut etablierte, umgesetzte und system-orientierte Mo-Mo-Konferenz kann neben den klinischen Kenntnissen auch methodisches und organisationales Verständnis für Fehlerursachen vermitteln.

1.1.2 Qualitäts-Charta der FMH

Christoph Bosshard, Roxane Kübler, Esther Kraft²

Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM ist eine Organisation der FMH. Seit fünf Jahren setzt sie sich für Qualitätsarbeit in der Medizin ein. Im Forum Qualität sind alle Ärzteorganisationen beteiligt, die in der Ärztekammer vertreten sind – so auch die FMCH mit ihren Fachgesellschaften. Ebenso pflegt sie aktiven Austausch mit den Partnern des Schweizer Gesundheitswesens.

Im Fokus stehen hierbei Projekte, die sich dem Patientennutzen und der Qualitätssicherung widmen. Dazu einige Beispiele:

- In einem Pilotprojekt wurde ein sektoren- und berufsgruppenübergreifender Behandlungspfad für das Kolorektalkarzinom (Dickdarm-Krebs) entwickelt. Zwanzig medizinische Fachgesellschaften und nichtärztliche Berufsgruppen sind dabei einbezogen worden.
- Im Projekt „Patient Centered Outcome Registry“ PCOR werden in Arzt-Praxen und Spitälern Angaben von Patienten zu Diagnose, Therapie, Leiden, Lebensqualität, indirekten Kosten sowie Erreichung des Behandlungsziels erhoben. Im Zentrum stehen dabei die Bedürfnisse des einzelnen Patienten, die sich aus Zusatz-Erkrankungen und Begleitumständen ergeben. PCOR ermöglicht Empfehlungen für die Best-Practice, welche auf Alltagserfahrungen basieren und so eine wertvolle Ergänzung zu den evidenzbasierten Guidelines bilden.
- Register mit verlässlichen Daten werden im Gesundheitswesen immer wichtiger und zahlreicher. Die Datenmengen wachsen. Mindeststandards für den Datenschutz und die Datenqualität müssen eingehalten werden. SAQM hat Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern entwickelt.
- Im Projekt „Interprofessionelle Peer Review-Verfahren“ analysieren die Spitäler gemeinsam mit externen Peers (Fachkollegen) die Patientenakten, um Behandlungsabläufe zu verbessern. Dieses national einheitliche und interprofessionelle Peer Review-Verfahren erlaubt berufsübergreifende Verbesserungen zu erarbeiten und führt zur Steigerung von Qualität und Patientensicherheit.
- Die „Qualitäts-Charta“ hält politische Grundsätze für Qualität in der Medizin schriftlich fest. Mit der freiwilligen Unterzeichnung der Charta bekennen sich die Ärzteorganisationen zu Kooperation und Vernetzung in Qualitätsfragen in der Schweiz. Die Charta baut auf drei Pfeilern auf: Erstens Transparenz, d.h. Charta-

² **BOSSHARD Christoph**, Dr. med., Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Departement Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, E-Mail: christoph.bosshard@fmh.ch;
KÜBLER Roxane, MA, Operative Leiterin der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH, E-Mail: roxane.kuebler@fmh.ch;
KRAFT Esther, lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, E-Mail: esther.kraft@fmh.ch;
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, Tel. 031 359 11 11.

1 Qualität in der Medizin

mitglieder machen ärztliche Aktivitäten zur Förderung der Qualität in der Medizin sichtbar. Zweitens Verbindlichkeit. Sie entwickeln eine Qualitäts-Strategie und evaluieren die Arbeiten regelmässig in einem Qualitätsbericht – wie der vorliegende Bericht der FMCH. Sowie drittens Nachhaltigkeit. Die Chartamitglieder stellen Qualitätsentwicklung sicher. Anlässlich der Ärztekammer im Oktober 2016 haben 69 Ärzteorganisationen die Qualitäts-Charta SAQM bis jetzt unterzeichnet, so auch die FMCH und ihre Fachgesellschaften.

- Die SAQM verleiht jährlich den Preis „Innovation Qualité“ für Qualitätsprojekte, die sich in der Praxis bewährt haben.

“
Patient Centered Outcome Registry ermöglicht
Empfehlungen für die Best-Practice.
”

“
Die SAQM hat SOP für Register entwickelt!
”

“
Das *Interprofessionelle Peer Review Verfahren* führt zu
einer Steigerung von Qualität und Patientensicherheit
”

“
Die „Qualitäts-Charta“ stellt die
Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen sicher.
”

1.1.3 Was kostet Qualität? Politische und ökonomische Aspekte in der Medizin

Markus Trutmann³

Verschiedene Akteure prägen die Schweizer Gesundheitspolitik. Dies wirkt sich auch auf die Qualität der Medizin aus.

Die Errichtung eines nationalen Qualitätszentrums im Bundesamt für Gesundheit BAG ist im Parlament hauptsächlich an der Finanzierungsfrage gescheitert. Aber auch die Vermischung von HTA und Qualitätssicherung hätte zu Problemen geführt.

Die Sozial- und Gesundheitskommission des Nationalrates SGK-N arbeitet seit mehreren Monaten an einer Gesetzesvorlage zur Qualitätssicherung. Sie soll zu einer klaren Aufgabenteilung zwischen Kantonen (qualitätssichernde Mindeststandards) und Tarifpartnern (über Mindeststandards hinausgehende Qualitätskriterien) führen. Zudem sollen die Tarifpartner dazu gebracht werden, die angeblich bisher unerfüllte Forderung des KVG nach Qualitätssicherung mit Tarifverträgen zu verknüpfen. Dass diese Forderung nach Qualität in keiner Weise unerfüllt geblieben ist, zeigt der vorliegende Qualitäts-Bericht. Die FMCH begrüsst eine Verknüpfung von Qualität und Entgelt z.B. mit Pauschalen-Tarife.

Die Gesundheitsdirektoren-Konferenz GDK stützt ihre Qualitätsstrategie auf die schon bestehenden Qualitäts-Organisationen ANQ und Stiftung für Patientensicherheit ab. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ deckt den Bereich der Ergebnisqualität und die Stiftung für Patientensicherheit den Bereich der Prozessqualität ab. Die FMCH unterstützt diese Strategie.

Zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses muss neben der Strukturqualität, der Prozessqualität, der Ergebnisqualität hauptsächlich die Indikationenqualität gefördert werden. Neben direkten müssen auch indirekte Kosten wie Produktivitätsverluste erfasst und bewertet werden.

Die «Strukturqualität» umfasst berufliche Qualifikationen wie ärztliche Weiterbildung und die Infrastruktur von Arztpraxen und Spitälern. Unbestreitbar hat die Aus-, Weiter- und Fortbildung den entscheidenden Anteil an der qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung. Weniger klar ist der Einfluss einer hochdotierten Ausstattung von Praxis- und Spitalinfrastrukturen auf die Behandlungsergebnisse.

Durch eine Optimierung der „Prozessqualität“ lassen sich direkte und indirekte Kos-

³TRUTMANN Markus, Dr. med., Generalsekretär der FMCH, Dufourstrasse 30, 3000 Bern, E-Mail: markus.trutmann@fmch.ch, Mobile: 078 836 09 10.

1 Qualität in der Medizin

ten verringern. Dadurch werden zum Beispiel Seitenverwechslungen oder Spitalinfekte vermieden. Patient und «die Ökonomie» profitieren gleichermassen. Unter dem Regime von Pauschaltarifen sind zudem Effizienzgewinne möglich, welche die verbesserte Prozessqualität belohnen.

Die «Ergebnisqualität» (outcome) steht in unterschiedlicher, nicht eindeutiger Relation zu den Ressourcen. Weniger kann mehr bedeuten, mehr kann aber auch mehr bedeuten. Besonders problematisch ist die Situation, wenn der Grenznutzen mit zunehmenden Mitteln abnimmt. Die rein medizinische Sichtweise muss mit ökonomischen, politischen und vor allem ethischen Überlegungen verknüpft werden.

Die «Indikationsqualität» ist für die chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften zentral. Qualitätsprogramme zur Messung der Indikationsqualität werden zukünftig den grössten Einfluss auf die Gesundheitskosten haben. Denn auf diese Weise lässt sich die Anzahl «unnötiger Eingriffe» zweifellos am effektivsten senken.

“ Die FMCH begrüsst eine Verknüpfung von Qualität und Entgelt. ”

“ Durch eine Optimierung der „Prozessqualität“ lassen sich direkte und indirekte Kosten verringern. ”

“ Die Indikationsqualität wird immer wichtiger! Dadurch wird die Anzahl «unnötiger Eingriffe» sinken. ”

“ Heute muss die rein medizinische Sichtweise mit ökonomischen, politischen und vor allem ethischen Überlegungen verknüpft werden. ”

1.1.4 Der Schweizer Eid

Bernhard Egger⁴

2015 wurde das Modell eines neuen Eides für Ärztinnen und Ärzte von einer Arbeitsgruppe des Instituts Dialog Ethik in Zürich (unter Mitwirkung des FMCH-Vizepräsidenten Bernhard Egger) publiziert. Der neue Eid/das neue Gelöbnis lehnt sich an den weltbekannten Eid des Hippokrates, Arzt auf der griechischen Insel Kos um 400 vor Christi, an.

Angesichts starker Tendenzen zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit allen damit verbundenen negativen Folgen (z.B. Mengen-abhängige Boni für Kaderärzte, Kickback-Zahlungen) hat ein modernisierter Eid bzw. ein Gelöbnis die Funktion, das ärztliche Ethos zu schützen und zu stärken, die Würde des Arztberufs und dessen Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten zu verteidigen und damit die humane Ausrichtung des Berufs zum Ausdruck zu bringen. Damit ist dieser Eid/dieses Gelöbnis nicht zuletzt direkt auf die Sicherstellung und Verbesserung der Indikations- und Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

Der neue Eid ist freiwillig und setzt keinerlei religiöse oder weltanschauliche Erkenntnisse voraus. Eine erfolgreiche Implementierung setzt allerdings voraus, dass die jeweilige Institution, in der die Eid-/Gelöbnisablegenden ihre Arbeit verrichten, den Eid unterstützt und fördert. Eine Institution kann die Eidablegung bei Neueinstellungen zum Gegenstand des Arbeitsvertrags zu machen. Dies geschieht erneut vor allem zum Schutz der eidablegenden Person. Diese ist dadurch Repräsentant einer Institution, die sich ihrerseits zu den Massstäben des ärztlichen Ethos bekennt.

Das Modell des Eides bzw. Gelöbnisses hat große in- und ausländische Resonanz gefunden. Die FMCH hat als erste grosse Dachorganisation die Wichtigkeit des neuen Eides erkannt. Die Plenarversammlung vom 4. Dezember 2015 hat beschlossen, die Bekanntmachung und Einführung des Schweizer Eides zu unterstützen. Es sind verschiedene Fachgesellschaften gefolgt (Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Kardiochirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch die FMH hat an der Delegiertenversammlung vom 29. Juni 2017 beschlossen, die breitflächige Implementierung des Eids/Gelöbnisses zu unterstützen. Ebenso haben bereits verschiedene Spitäler sich zum Eid bekannt.

Die FMCH ist überzeugt, dass der Schweizer Eid auch ein wichtiges Mittel zur Qualitätsförderung und -sicherung in der Medizin ist und räumt deswegen der nun breiten Implementierung des Eids/Gelöbnisses eine hohe Priorität ein.

⁴EGGER Bernhard, Prof. Dr. med., Vizepräsident der FMCH, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie FMH, Chefarzt Abteilung Chirurgie HFR Fribourg – Kantonsspital.

“
Dieser Eid/dieses Gelöbnis richtet sich auf die
Sicherstellung und Verbesserung
der Indikations- und Behandlungsqualität.
”

“
Das Modell des Eides bzw. des Gelöbnisses hat
grosse in- und ausländische Resonanz gefunden.
”

“
Der Schweizer Eid ist ein wichtiges Mittel zur
Qualitätsförderung und -sicherung in der Medizin.
”

2 Qualität durch ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung

2.1 Ärztliche Aus-, Weiter, und Fortbildung

Jürg Hafner, Josef E. Brandenburg¹

Die ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung ist die erste und wichtigste Voraussetzung für die Qualität der Medizin. Keiner anderen Berufsgruppe in der Schweiz sind Aus-, Weiter- und lebenslange Fortbildung in diesem Ausmass vorgeschrieben.

Im Vergleich mit dem Ausland stellt das universitäre Medizinstudium der Schweiz sehr hohe Anforderungen an angehende Ärztinnen und Ärzte. Das Aufnahmeverfahren, die Zwischen- und Abschlussprüfungen selektionieren hochgradig. Zudem verlangen die Universitäten der Deutschschweiz das Bestehen des so genannten Numerus Clausus.

Die Weiterbildung zum Facharzt in den Schweizer Spitälern und in Arztpraxen erfolgt nach definierten Weiterbildungsprogrammen, die vom Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung SIWF überwacht werden. Das SIWF führt diese Tätigkeit gemäss dem Medizinalberufe-Gesetz MedBG im Auftrag des Bundes durch. Das Institut selber wird in regelmässigen Abständen durch eine internationale Wissenschaftskommission beurteilt.

In den Weiterbildungsprogrammen der einzelnen Fachgebiete sind die Lerninhalte und die Weiterbildungsdauer definiert. Lerninhalte sind die Untersuchung, Beratung und Behandlung der Patienten, die Durchführung von Konsilien, die Begutachtung, die Ausführung von wissenschaftlichen Arbeiten. Die Weiterbildungsprogramme der operativ und invasiv tätigen Fachgesellschaften beinhalten zudem Mindest-Zahlen für Eingriffe, die Facharzt-Anwärter lernen und letztlich selbständig durchgeführt haben müssen.

Anerkannte Weiterbildungsstätten sind Kliniken und Abteilungen der Spitäler, sowie Arztpraxen. Die Fachgesellschaften beantragen zuhanden des SIWF die Anerkennung

¹**HAFNER Jürg**, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Versorgung, Weiter- und Fortbildung der FMCH, Leitender Arzt, Abteilung Stationäre Dermatologie und Chirurgische Dermatologie UniversitätsSpital Zürich.
BRANDENBERG Josef Emil, Dr. med., Präsident der FMCH, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Rebstockhalde 18, 6006 Luzern, E-Mail: josef.brandenberg@hin.ch.

2 Qualität durch ärztliche Aus-, Weiter und Fortbildung

der Weiterbildungsstätten. Grösse und Infrastruktur einer Klinik oder Abteilung, der akademische Grad des Leiters der Weiterbildungsstätte sowie die jährlichen Fallzahlen entscheiden über Einstufung der Weiterbildungsstätte. Das SIWF überprüft in regelmässigen Audits die Weiterbildungsstätten.

Die Weiterbildung schliesst mit der Facharztprüfung ab. Die Fachgesellschaften führen im Auftrag des SIWF die mehrstufigen theoretischen und praktischen Prüfungen durch.

Das Medizinalberufegesetz verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte zur lebenslangen kontinuierlichen Fortbildung. Die Reglemente der einzelnen Fachgesellschaften werden laufend angepasst und vom SIWF überprüft. Jede Fachärztin, jeder Facharzt muss die kontinuierliche Fortbildung ausweisen. Die Fortbildungsveranstaltungen, wie Kongresse und Symposien werden von den Fachgesellschaften und dem SIWF bewertet.

“
Das SIWF ist der Qualität der Weiter- und
Fortbildung der Ärzteschaft verpflichtet.
”

“
Das Institut wird in regelmässigen Abständen durch
eine internationale Wissenschaftskommission
beurteilt.
”

“
Die Weiterbildungsprogramme der operativ und
invasiv tätigen Fachgesellschaften beinhalten
Mindestzahlen für selbstständig
durchgeführte Eingriffe.
”

“
Das SIWF überprüft in regelmässigen Audits
die Weiterbildungsstätten.
”

“
Das Medizinalberufegesetz verpflichtet die
Ärztinnen und Ärzte zur lebenslangen
kontinuierlichen Fortbildung.
”

2.2 Zulassung von Leistungserbringern – ein Qualitätsthema?

Jürg Schlup, Nora Wille²

Die aktuell gültige Zulassungsbeschränkung für neue, praxisambulant tätige Ärztinnen und Ärzte wird am 30. Juni 2019 auslaufen. Sie soll durch eine dauerhafte, definitive Regelung abgelöst werden. Die bisherige Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte hat nachweisbar nicht zu Kostensenkungen, aber bereits zum Ärztemangel in verschiedenen Fachbereichen geführt. Die Schweiz braucht dringend ausländische Ärztinnen und Ärzte. Bereits heute stammt ein Drittel aus dem Ausland. Die Verteilung der in der Schweiz weitergebildeten - ausländischen und schweizerischen - Fachärzte auf die Disziplinen ist seit Jahrzehnten weitgehend unverändert und bedarfsgerecht. Im Unterschied dazu wanderten zwischen 2009 bis 2014 mehr im Ausland aus- und weitergebildete Spezialisten ein als Grundversorger. Im Rahmen der bilateralen Verträge mit der EU und der vereinbarten Personenfreizügigkeit werden ausländische Berufsausweise aus dem EU-Raum von der Schweiz anerkannt. Leider sind diese nicht homologiert. Die Inhalte der Weiterbildung sind in vielen Fällen nicht vergleichbar, so dass die Schweizer Normen unterlaufen werden. Es führt zu Qualitätseinbusse.

Es sind dringende Massnahmen erforderlich. Wer in der Schweiz als Ärztin/Arzt praktizieren will, muss die hiesigen Verhältnisse kennen und die gleichen Voraussetzungen bezüglich Aus-, Weiter- und kontinuierlichen Fortbildung erfüllen, wie sie in der Schweiz vorgeschrieben sind. Daher müssen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland:

- 1) vor Erteilung der Zulassung drei Jahre in einem Schweizer Spital oder in einer Praxis im beantragten Fachgebiet gearbeitet haben,
- 2) den Nachweis über die bisher absolvierte kontinuierliche Fortbildung im beantragten Fachgebiet erbringen
- 3) nachweisen, dass sie die Sprache beherrschen, die am Ort der beantragten Zulassung gesprochen wird.

Die Initiative 17.442 der nationalrätlichen Gesundheitskommission fordert nicht nur die kantonale Festlegung der Anzahl ambulanter Leistungserbringer, sondern verlangt zusätzlich „Zulassungsverträge“ mit den Krankenversicherern als Voraussetzung einer Tätigkeit zulasten der OKP. Die Krankenversicherer hätten dadurch die Freiheit, Zusammenarbeitsverträge mit ausgewählten Ärztinnen und Ärzte abzuschliessen. Die freie Arztwahl würde beschnitten. Kombiniert mit der praktizierten Risikoselektion würde dies die Basis für eine gute Behandlungsqualität unterlaufen.

²SCHLUP Jürg, Dr. med., Präsident der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15.

WILLE Nora, Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin des FMH-Präsidenten, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: nora.wille@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

“
Die Schweiz braucht dringend ausländische
Ärztinnen und Ärzte.
”

“
Die Inhalte der Weiterbildung entsprechen in
vielen Ländern nicht den Schweizer Normen.
”

“
Wer in der Schweiz als Ärztin/Arzt praktizieren
will, muss die hiesigen Verhältnisse kennen und die
gleichen Voraussetzungen bezüglich Aus-, Weiter- und
kontinuierlichen Fortbildung erfüllen.
”

3 Ausgewählte Qualitäts-Instrumente in der Medizin

3.1 Patientensicherheit, pre-flight-check, wrong-side surgery

David Schwappach, Michele Genoni¹

Die Umsetzung von Patientensicherheits-Programmen ist eine Herausforderung. Zum einen klafft zwischen Theorie und Praxis jeweils eine Diskrepanz, zum anderen braucht die Einführung neuer Normen ein geschicktes Vorgehen, Motivation und Geduld. Patientensicherheit Schweiz setzt hier auf dreistufige Modellprogramme, die eine Sensibilisierungskampagne, praxisorientierte Empfehlungen und ein Pilotprogramm mit mehreren Kliniken beinhaltet. Zentrales Element ist dabei die Unterstützung durch fachliche Thementräger – wie beispielsweise dem Verband der chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte (FMCH), der das erste nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie massgeblich unterstützte. Die chirurgische Checkliste wurde so erfolgreich in der Schweiz eingeführt.

Im Gesundheitswesen existieren viele wirksame Interventionen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. So ist belegt, dass die Anwendung der chirurgischen Checkliste die unerwünschten Ereignisse im OP reduziert. Allerdings ist die Verankerung solcher neuer Prozesse in der Praxis oft schwierig und aufwendig. Folgende Faktoren sind für ein Gelingen wichtig: ein strukturiertes und interprofessionelles Vorgehen, das Engagement des Managements und der fachlichen Thementrägern, die verbindliche Beteiligung aller Mitarbeitenden, die Bereitstellung von finanziellen, zeitlichen und inhaltlichen Ressourcen und eine „gelebte“ Sicherheitskultur.

Mit den Pilotprogrammen progress! wurde in der Schweiz die Implementierung von Patientensicherheits-Programmen auf nationaler Ebene angegangen. Der Bund initiierte dies im Rahmen der nationalen Qualitätsstrategie. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz entwickelt und setzt diese Modellprogramme seither um. In einem ersten nationalen Programm hat die Stiftung von 2012 - 2015 die chirurgische Checkliste als

¹**GENONI Michele**, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

SCHWAPPACH David, Prof. Dr., MPH, Leiter Forschung und Entwicklung, stv. Geschäftsführer Patientensicherheit Schweiz, E-Mail: schwappach@patientensicherheit.ch, Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich.

3 Ausgewählte Qualitäts-Instrumente in der Medizin

standardisiertes Verfahren und als neue Norm eingeführt. Zehn Schweizer Spitäler haben dafür an einem Pilotprojekt teilgenommen, gleichzeitig sensibilisierte eine schweizweite Kampagne die Fachpersonen. Das Vertiefungsprojekt verfolgt einen interprofessionellen Ansatz mit klarem Zeitrahmen, gemeinsamer Zielsetzung und verpflichtenden Aktivitäten. Die enge Vernetzung der Kliniken förderte das gegenseitige Lernen. Das dadurch gewonnene gemeinsame Grundverständnis ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die nachhaltige Umsetzung von Patientensicherheitsprogrammen.

Ein zentraler Erfolgsfaktor des Programms war die korrekte Anwendung der Checkliste, die im Fokus stand. Eine schnelle Einführung einer Checkliste ohne begleitende Massnahmen bewirkt ein „routinemässiges Abhaken“ der Checkliste ohne die erwünschten Verbesserungen für die Patientensicherheit. Aus diesem Grund stellte die Anpassung der Checkliste auf lokale Gegebenheiten, die Vermittlung von Grundlagewissen rund um die Checkliste und das Training der Anwendung anhand von Fallbeispielen wichtige Elemente des Vertiefungsprojekts dar. Das Engagement der oberen Führungsetagen und der fachlichen Thementräger wie der Ärzteverbände erwies sich als zentral. So hat der Verband der chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte (FMCH) das nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie finanziell, fachlich und ideell unterstützt. Diese standespolitische Unterstützung stärkte die Gewichtung des Projekts immens, was wiederum die Akzeptanz und die Umsetzung förderte.

Die Resultate des begleitenden Monitorings zeigten beim Programmabschluss positive Veränderungen. Die Teamkommunikation und die Sicherheitskultur wurden verbessert. In einer Baseline-Erhebung wurden zu Beginn des Programms schweizweit 1'378 Personen befragt. Im Frühling 2015 untersuchte eine Follow-up-Erhebung mit 1'194 Teilnehmenden – 20% davon arbeiteten in einem Pilotspital – die Veränderungen, die im Laufe des Programms erfolgt sind. Nicht nur wurde die Checkliste beim Programmabschluss mehr als doppelt so häufig eingesetzt als zu Beginn, knapp die Hälfte der Befragten haben erlebt, dass die Anwendung der Checkliste auch einen Zwischenfall verhinderte. Um die 90% gaben an, dass damit heute mehr für Patientensicherheit getan wird, als noch vor einem Jahr. Die klinikübergreifende Evaluation soll darüber hinaus in die Entwicklung weiterer Programme zur Erhöhung der Patientensicherheit einfließen können. Das erste nationale progress!-Programm Sichere Chirurgie ist u.a. auch wegen der Unterstützung durch die FMCH ein gelungenes Beispiel für die erfolgreiche Implementierung eines Patientensicherheits-Programms.

“ Die chirurgische Checkliste reduziert die unerwünschten Ereignisse im OP. ”

“ progress!-Programm Sichere Chirurgie verbessert die Teamkommunikation und die Sicherheitskultur. ”

3.2 Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC

Luzi Rageth²

Vor mehr als 20 Jahren wurde die Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der Chirurgie AQC gegründet. Mit gemeinsamen Statistiken über Patienten-Eintritte und chirurgische Eingriffe sollen Vergleiche unter den teilnehmenden Ärzten und Spitälern betreffend Qualitätssicherung ermöglicht werden. Die Statistiken sollen zu mehr Sicherheit und Transparenz in der Medizin führen.

Eine zuverlässige, modulare Technologie erlaubt das gleichzeitige, integrierte und soweit möglich automatisierte Ausfüllen mehrerer Fragebögen. AQC ermöglicht das individuelle Auswerten der Ergebnisse für jeden Teilnehmer. AQC ist ISO-zertifiziert und richtet sich strikt nach den Datenschutz- und Humanforschungsgesetzen. Der Nutzen stimmt, was sich durch eine breite Unterstützung der Teilnehmer ausdrückt.

AQC ist heute ein integriertes Qualitätssicherungssystem zur Erfassung der Indikations- und Outcomequalität. Mit strukturierten und für die Spezialgebiete adaptierten Erfassungsbögen werden gegen 1.5 Millionen Daten gesammelt und ausgewertet. Durch hohe Akzeptanz bei der Ärzteschaft in öffentlichen und privaten Spitälern wird der Erfolg des chirurgischen Handelns qualitativ und quantitativ sichtbar. Die von AQC entwickelte Technologie wird zunehmend für Spezialregister eingesetzt.

Die FMCH und verschiedene ihr angeschlossenen Fachgesellschaften, sowie Spitälern und Privatkliniken nutzen die Datenerfassung und Auswertung durch AQC.

“ Die Statistiken der AQC führen zu mehr Sicherheit und Transparenz in der
Medizin. ”

“ AQC ist heute ein integriertes Qualitätssicherungssystem zur Erfassung der
Indikations- und Outcomequalität. ”

²RAGETH Luzi, Dr. oec. HSG MA, Delegierter des Verwaltungsrates, ADJUMED Services AG, Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, E-Mail: lr@adjumed.ch.

3.3 Le registre SIRIS

*Pierre Hoffmeyer*³

Das von Swiss Orthopaedics (vormals SGOT), dem Krankenkassenverband santésuisse und SwissMedTech (vormals FASMED) lancierte Implantateregister SIRIS lehnt sich an die Vorbilder in Schweden, Australien, England, aber auch an Register in Schweizer Spitälern wie zum Beispiel das Register der Hôpitaux Universitaires de Genève an.

Träger des Registers SIRIS ist die Stiftung für Qualität in der Implantationsmedizin. Die Finanzierung erfolgt durch die Spitäler und Krankenversicherungen. Ebenso wird SIRIS vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ finanziell gefördert.

Ein Implantateregister soll:

- 1) Auskunft über die Langzeitergebnisse von Implantaten geben;
- 2) auf Implantate bezogene Komplikationen hinweisen;
- 3) als Frühwarn-System bei Implantatversagen wirken.

Somit sind Patientinnen und Patienten, die operierenden Ärztinnen und Ärzte, die Prothesenhersteller, die Krankenversicherungen und nicht zuletzt auch die öffentliche Hand gleichermassen an den Resultaten interessiert.

Inzwischen registrieren öffentliche und private Spitäler fast flächendeckend die eingesetzten Hüft- und Knie-Prothesen.

Kürzlich ist der erste Bericht über die Jahre 2012 bis 2016 erschienen. Dieser zeigt neben den spezifischen Ergebnisse zu den Implantaten unter anderem auch die Entwicklung der Gelenks-Chirurgie vor dem Hintergrund der sozio-kulturellen Entwicklung. Die zunehmende Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung führt zu einer stark ansteigenden Anzahl von Prothesenträgern und erfordert zudem längere Standzeiten der Implantate. Damit sind die Hüft- und Knie-Implantate ein wesentlicher Kostenfaktor im Schweizer Gesundheitswesen. Der Sicherung einer guten Qualität der Methoden und Implantate kommt daher eine grosse ökonomische Bedeutung zu.

³HOFFMEYER Pierre, Pr Dr méd., ombudsman de la FMCH, ancien responsable du service d'orthopédie des HUG, courriel: Pierre.Hoffmeyer@hcuge.ch.

“
Das Implantatregister erfasst alle auf Implantate
bezogenen Komplikationen.
”

“
Öffentliche und private Spitäler registrieren fast
flächendeckend die eingesetzten Hüft- und
Knie-Prothesen.
”

“
Das Implantatregister soll als Frühwarnsystem
wirken.
”

“
Die zunehmende Lebenserwartung der Schweizer
Bevölkerung führt zu einer stark ansteigenden Anzahl
von Prothesenträgern und erfordert zudem längere
Standzeiten der Implantate.
”

3.4 Nationales Register für Herzchirurgie

Michele Genoni⁴

Die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschloss 2012, ein Nationales Herzchirurgie-Register zu betreiben. Dies in der Überzeugung, dass die Qualität in der Medizin im Kompetenzbereich der Ärzte liegt. Die notwendige Regulierung im Schweizer Gesundheitswesen soll nach Meinung der SGHC durch die Qualität erfolgen. Natürlich spielen schliesslich auch ökonomische Aspekte eine Rolle. Doch letztlich liegt auch der Ökonomie die Qualität zugrunde.

Qualitätsstrategie SGHC

Das nationale Herzchirurgie-Register der SGHC ist ein Teil der Qualitätsstrategie, welche auf dem Modell von Donabedian aufgebaut ist:

Die *Strukturqualität* beschreibt die Qualität der Leistungserstellung. Die SGHC hat die strukturellen Kriterien für eine Klinik/Abteilung für Herz- und thorakale Gefässchirurgie in der Schweiz erarbeitet und an der Mitgliederversammlung vom 11. Juni 2014 in Interlaken verabschiedet.

Die *Prozessqualität* umfasst die Qualität aller medizinischer, zwischenmenschlicher und organisatorischer Prozesse und Leistungen. In Anlehnung an die WHO und die Stiftung für Patientensicherheit hat die SGHC das Projekt Safe Surgery Saves Lives (SS-SL) an der Jahresversammlung 2013 als Projekt verabschiedet. Die Leiter der einzelnen Kliniken sind für die klinische Einführung der SSSL-Vorgaben verantwortlich. Besonderes Augenmerk gilt der Indikationsqualität. Zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie hat die SGHC das Vorgehen bei der Indikationsfindung innerhalb eines interdisziplinären „Herzteams“ (Heart Team) definiert (TCVS 2017:65(7):519-523).

Die *Ergebnisqualität (Outcome-Qualität)* bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Es wird beurteilt, ob das Behandlungsziel erreicht wurde – insbesondere die subjektive Zufriedenheit des Patienten in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis. Die SGHC hat an der Mitgliederversammlung vom 15. Juni 2012 in Lausanne das Konzept einer einheitlichen Datenerfassung der herzchirurgischen Leistungen in der Schweiz beschlossen und ein nationales Register für die Herzchirurgie eingeführt. Die Kantonale Ethikkommission Zürich hat für das Register eine Unbedenklichkeitserklärung abgegeben.

⁴GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

Das Nationale Herzchirurgie Register

Zusammen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, welche das Projekt aus nächster Nähe verfolgt, wurde festgelegt, dass das Nationale Herzchirurgie Register Bestandteil der Pflichten eines sogenannten „Listenspitals“ im Kanton Zürich darstellt und dass zur Sicherung der Datenqualität 5% der Datensätze von einer auswärtigen Firma auditiert werden müssen.

Die SGHC hat nebst den Audits der Zentren 2017 auch ein Systemaudit in Auftrag gegeben, welches nicht nur die Datenbank, sondern auch die SGHC und den Betreiber durchleuchtet hat. Es ist zwingend, dass die Datenqualität regelmässig von einer auswärtigen Institution auditiert wird. Die Regelmässigkeit der Audits widerspiegelt sich in der Verbesserung der Datenqualität. Die Analyse der Daten durch den Betreiber des Registers muss internationalen Standards entsprechen und nachvollziehbar sein. Schliesslich müssen die kantonalen und nationalen Datenschutzbestimmungen, welche immer wieder angepasst werden, eingehalten werden.

“
Die notwendige Regulierung im Schweizer
Gesundheitswesen soll nach Meinung der SGHC durch
die Qualität erfolgen.
”

“
Besonderes Augenmerk gilt der Indikationsqualität.
”

“
Heart Team: Interdisziplinäre Indikationsfindung.
”

“
Es ist zwingend, dass die Datenqualität regelmässig
von einer auswärtigen Institution auditiert wird.
”

3.5 Management von degenerativen Meniskusrissen. Ein Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics

Raphael Kaelin, Roland Biedert, Bernhard Christen, Stefan Eggli, Hermes Miozzari, Markus Arnold⁵

Durch die besondere Anatomie bedingt sind Kniebeschwerden aufgrund degenerativer Meniskusschäden mit zunehmendem Alter häufig. Sie müssen von den unfallbedingten Meniskusrissen abgegrenzt werden. Degenerative Meniskusschäden zeigen in rund drei Viertel der Fälle zusätzliche Knorpelschäden im entsprechenden Gelenksabschnitt. Knapp die Hälfte der Patienten haben radiologische Zeichen einer Knie-Arthrose. Die Behandlung dieses Krankheitsbildes ist zu einem Kostenfaktor geworden, der in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert, ja kritisiert wird.

Die Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics hat die möglichen Behandlungen anhand einer umfangreichen Literatur-Recherche analysiert und kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Eine gute Grundlage für Empfehlungen ist das Konsensuspapier der European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery & Arthroscopy (ESSKA) von 2017.
- Kniearthroskopien jeglicher Art ohne klare Indikation für einen operativen Eingriff und ohne Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten werden abgelehnt.
- Verschiedene randomisierte Studien, welche den therapeutischen Effekt der Arthroskopie bei degenerativen Meniskusrissen bestreiten, weisen ernsthafte bis schwere wissenschaftliche Mängel auf.
- Daher ist die Kniearthroskopie bei degenerativen Meniskusrissen unter bestimmten Voraussetzungen indiziert und therapeutisch wirksam.
- Die aktuelle Polemik zum Thema Kniearthroskopie in der Öffentlichkeit ist kontraproduktiv und verunsichert Patienten, Versicherer und Ärzte.
- Der Entscheid des Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA in Deutschland, ab dem 01.04.2016 die Arthroskopie bei Gonarthrose nicht mehr zu vergüten, basiert

⁵**KAELIN Raphael**, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

BIEDERT Roland, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Sportsclinic#1 AG, 3014 Bern.

CHRISTEN Bernhard, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics MHA3 Christenortho, Orthopädische Klinik Bern, 3013 Bern.

EGGLI Stefan, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, Orthopädie Sonnenhof, 3006 Bern.

MIOZZARI Hermes, Dr. med. Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1205 Genève.

ARNOLD Markus, Prof. Dr. med., PhD, Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

nicht auf wissenschaftlichen Kriterien und führt zur Ausweitung der Indikation für Knieprothesen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Degenerative Meniskusrisse sollen primär 3 Monaten konservativ behandelt werden.
- Primär soll ein konventionelles Röntgenbild unter Belastung durchgeführt werden.
- Die arthroskopische Gelenklavage bei Gonarthrose ist obsolet.
- Bei plötzlichem Symptombeginn und klaren mechanischen Symptomen ist die arthroskopische Teilmeniskektomie auch bei beginnender Gonarthrose nach wie vor die Therapie der Wahl.
- Erst bei entsprechender Klinik und radiologisch fortgeschrittener Gonarthrose besteht die Indikation für einen prothetischen Gelenkersatz (Teil-, respektive Totalprothese). Ziel ist es, diesen endgültigen Schritt so lange wie möglich hinauszögern.

“

Die vorliegende Arbeit ist ein Paradebeispiel für die Verbesserung der Indikations-Qualität. Sie zeigt aber auch den grossen Aufwand einer Literatur-Recherche, die für zuverlässige Aussagen unumgänglich ist.

”

4 FMCH-Qualitäts-Kataster

AMIS Plus - National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie.

Datenbank zur qualitativ hochstehenden Erfassung und Auswertung der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen bei Patienten mit akuten Herzinfarkt in Schweizer Spitälern.

A-QUA, Qualitäts-Plattform der Anästhesisten

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR.

AQC - Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie.

Die Arbeitsgemeinschaft (Zusammenschluss von Chef- und Belegärzten) hat den Zweck, gemeinsame Statistiken über Fälle und Eingriffe zu erstellen und diese dank Vergleich untereinander zur Qualitätssicherung und Erkennung der eigenen Stärken zu nutzen.

Ärzte-Eid

www.dialog-ethik.ch/der-eid/

Kreuzband-Register

Trägerschaft: Swiss Orthopaedics und Firma Mathys AG, Bettlach.

Das Register wurde eingerichtet zur Erfassung der Langzeitergebnisse der so genannten DIS (dynamischen intra-artikulären Stabilisierung gerissener Kreuzbänder). Die Firma Mathys produziert das dazu notwendige Implantat „Ligamys“.

MITRA Swiss Registry

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie und Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.

Erfassung aller in der Schweiz mittels MitraClip-System behandelte Patienten mit einer Mitralklappeninsuffizienz.

Nationales Register für Herzchirurgie

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie.
Register zur Erfassung relevanter herzchirurgischer perioperativer und Outcome-Daten und Steuerung der Qualität der Herzchirurgie in der Schweiz.

SAQM

Trägerschaft FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, roxane.kuebler@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11. www.saqm.ch

SIRIS – Schweizerisches Implante-Register

Trägerschaft: Swiss Orthopäedics und ANQ.

SIWF- Schweizerisches Institut für Weiter- und Fortbildung

Trägerschaft: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15. Im Auftrag des Bundes organisiert und kontrolliert das Institut die ärztliche Weiter- und Fortbildung.

SSR Swiss Stroke Registry

Trägerschaft:

Schweizweite Erfassung (stationär und ambulant) relevanter Daten von Patienten mit speziellen neurologischen Krankheitsbilder (ischämischer Schlaganfall, intrazerebrale Blutung).

Swiss TAVI Registry

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie und Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie

Ziele dieses Registers ist die Generierung von klinischen Ausgangs-, Behandlungs- und Follow-up Daten aller mittels TAVI behandelte Patienten.

Wirbelsäulen-Register (im Aufbau)

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie Swiss Orthopaedics.

5 Autorenverzeichnis

ARNOLD Markus, Prof. Dr. med., PhD, Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

BIEDERT Roland, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Sportsclinic#1 AG, 3014 Bern.

BOSSHARD Christoph, Dr. med., Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Departement Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: christoph.bosshard@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

BRANDENBERG Josef Emil, Dr. med., Präsident der FMCH, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Rebstockhalde 18, 6006 Luzern, E-Mail: josef.brandenberg@hin.ch.

CHRISTEN Bernhard, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics MHA3 Christenortho, Orthopädische Klinik Bern, 3013 Bern.

EGGER Bernhard, Prof. Dr. med., Vizepräsident der FMCH, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie FMH, Chefarzt Abteilung Chirurgie HFR Fribourg – Kantonsspital.

EGGLI Stefan, Prof. Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, Orthopädie Sonnenhof, 3006 Bern.

GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich.

HAFNER Jürg, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Versorgung, Weiter- und Fortbildung der FMCH, Leitender Arzt, Abteilung Stationäre Dermatologie und Chirurgische Dermatologie UniversitätsSpital Zürich.

HOFFMEYER Pierre, Pr Dr méd., ombudsman de la FMCH, ancien responsable du service d'orthopédie des HUG, courriel: Pierre.Hoffmeyer@hcuge.ch.

5 Autorenverzeichnis

KAELIN Raphael, Dr. med., Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, 4142 Münchenstein.

KRAFT Esther, lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: esther.kraft@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

KÜBLER Roxane, MA, Operative Leiterin der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Abteilung Daten, Demographie und Qualität; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: roxane.kuebler@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

MIOZZARI Hermes, Dr. med. Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1205 Genève.

RAGETH Luzi, Dr. oec. HSG MA, Delegierter des Verwaltungsrates, ADJUMED Services AG, Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, E-Mail: lr@adjumed.ch.

SCHLUP Jürg, Dr. med., Präsident der FMH, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15.

SCHWAPPACH David, Prof. Dr., MPH, Leiter Forschung und Entwicklung, stv. Geschäftsführer, Patientensicherheit Schweiz, E-Mail: schwappach@patientensicherheit.ch, Stiftung für Patientensicherheit, Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich.

TRUTMANN Markus, Dr. med., Generalsekretär der FMCH, Dufourstrasse 30, 3000 Bern, E-Mail: markus.trutmann@fmch.ch, Mobile: 078 836 09 10.

WILLE Nora, Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin des FMH-Präsidenten, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Elfenstrasse 18 / Postfach 300, CH-3000 Bern 15, E-Mail: nora.wille@fmh.ch, Tel. 031 359 11 11.

6 Anhang

Die 23 Mitgliederorganisationen der FMCH

Medizinische Fachgesellschaften

SGA	Schweizerische Gesellschaft für Angiologie
SGAR	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
SGGG	gynécologie suisse SGGG
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie
SGHC	Schweizerische Gesellschaft für Herzchirurgie
SIG	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
SGK	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
SGKC	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
SGMGK	Schweizerische Gesellschaft für Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie
SGNC	Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie
SGNR	Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie
SGORL	Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie
SGOT	swiss orthopaedics
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie
SGPRAC	Schweiz. Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
SGR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie
SGU	Schweizerische Gesellschaft für Urologie
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft

Belegärztevereinigungen

BBV+	Berner Belegärzte-Vereinigung+
SBV	Schweizerischer Belegärzteverband

Kontakte

BRANDENBERG Josef Emil, Dr. med., Präsident der FMCH, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Rebstockhalde 18, 6006 Luzern,
E-Mail: josef.brandenberg@hin.ch.

GENONI Michele, Prof. Dr. med., Leiter Ressort Qualität der FMCH, Chefarzt Klinik für Herzchirurgie, Triemlispital Zürich, E-Mail: michele.genoni@triemli.zuerich.ch

TRUTMANN Markus, Dr. med., Generalsekretär der FMCH, Dufourstrasse 30, 3000 Bern, E-Mail: markus.trutmann@fmch.ch, Mobile: 078 836 09 10.

FMCH
Dufourstrasse 30
CH-3005 Bern
Tel.: 032 329 50 00
Fax.: 032 329 50 01
E-Mail: sekretariat@fmch.ch
Internet: www.fmch.ch

